

# PATH Newsletter

**AUSGABE 16** | 2023



## Inhalt

- 2 Impressum
- 3 Editorial
- 4 Was macht Krebszellen so gefährlich?  
The Hallmarks of Cancer
- 5 Was macht einen Forscher »renommiert«?  
Das Beispiel Robert Weinberg
- 6 Die junge Brustkrebspatientin –  
Eine Herausforderung für Patientin und Arzt
- 8 Qualität verbessert das Überleben!  
20 Jahre zertifizierte Krebszentren
- 10 Brustkrebs Nachsorge neu denken!  
Einen Rückfall möglichst früh entdecken
- 12 Wie geht es eigentlich anderen Krebskranken?  
Leben mit dem Multiplen Myelom
- 14 Patientinnen mit Migrationshintergrund –  
Wie sind die Erfahrungen in der Versorgungswirklichkeit  
eines großen Brustzentrums?
- 16 Hoffnungsträger HER2-low  
Neue Therapieoption bei niedrig ausgeprägtem  
HER2-Rezeptor
- 18 Krebsmedikamente und andere Arzneien –  
Wechselwirkungen und Nebenwirkungen
- 20 Früher hormonrezeptorpositiver Brustkrebs –  
Gibt es unterschiedliche Behandlungsempfehlungen?
- 20 Aufgeschnappt



Path ist eine gemeinnützige Stiftung, die sich u. a. über private Spenden und Spenden aus der Industrie finanziert.

### Impressum

Herausgeber: Stiftung PATH –  
Patients' Tumor Bank of Hope  
Postfach 750729  
81337 München  
www.stiftungpath.org  
info@stiftungpath.org  
Tel. 089 78067848

Rückmeldungen an das  
PATH-Büro München:  
Dr. Franziska Sommermeyer  
Wissenschaftliche Leiterin der Biobank  
sommermeyer@path-biobank.org

Dr. Kathrin Lerchl  
Wissenschaftskoordinatorin  
der Biobank  
lerchl@path-biobank.org

Redaktion: Ulla Ohlms  
Vorsitzende Stiftung PATH –  
Patients' Tumor Bank of Hope  
ohlms@stiftungpath.org

Layout: Patricia Müller, weitekreise.de  
Lektorat: Jutta Kühn

Vielen  
Dank

AN ALLE SPENDER\*INNEN

### Für großzügige Spenden danken wir insbesondere

Dr. Tanja Küppers, Veronika Rüttger,  
AstraZeneca, Lieselotte Herwig,  
Marianne Steevens, Novartis,  
Dr. Norbert Zimmermann, Mechthild  
Dellwig, Christa Schulthoff,  
Familie Franz, Martin Heinemann

Bildnachweis: Wenn nicht anders angegeben, stammen alle Abbildungen und Fotos von den Autorinnen / Interviewten / Abgebildeten. Titelbild Ave Calvar / Unsplash, S. 4 National Cancer Institute, S. 13 oben KGH / Wikimedia, S. 13 unten Hellerhoff / Wikimedia, S. 22 oben Pixabay, S. 25 Towfiq Barbhuiya / Unsplash, S. 26 Pixabay

# Sehr geehrte Damen und Herren, liebe PATH-Frauen,



Sie haben es vielleicht schon gemerkt – wir haben unserem Newsletter ein neues Layout geschenkt. Die ursprüngliche Gestaltung des Hefts ging jetzt ins 16. Jahr. Das ist in Zeiten des schnellen Wandels uralt. Wir fanden das alte Layout angestaubt. Wir wollten es frischer, moderner, zeitgemäßer haben. Gewünscht war ein »Facelift« im guten Sinne. Wir finden, dass die Grafikagentur »weite Kreise« gute Arbeit geleistet hat. Gefällt Ihnen das neue Gesicht von PATH?

Sie finden in diesem Heft wieder Interviews mit Brustkrebsexperten, die von großen Kongressen und den Fortschritten in der Behandlung von Brustkrebs berichten. Wir erleben in der Krebsforschung eine spannende Zeit. Viele neue Targets (Zielstrukturen) können jetzt auch bei Brustkrebs gefunden und dann mit wirksamen, zielgerichteten Medikamenten angesteuert werden.

Haben Sie sich auch schon mal gefragt, warum eigentlich Krebszellen – im Vergleich zu den vielen anderen Zellen in unserem Körper – so gefährlich sind? Dazu erfahren Sie mehr in dem Text über die »Hallmarks of Cancer«. Und auch in diesem Heft haben wir den Blick auf andere Krebskranke gerichtet. Wie erlebt eine Frau Diagnose und Therapie einer hämatologischen Krebserkrankung, die nicht abschließend heilbar ist, sondern nur zum Stillstand oder zu einer »Ruhepause« kommt?

### Danke für Ihre Spenden und Ihre Unterstützung!

Die Stiftung PATH darf sich glücklich schätzen. So viele Brustkrebspatientinnen haben uns ihr Tumorgewebe und ihre Daten gespendet und damit die Krebsforschung unterstützt. Doch damit nicht genug: Auch im letzten Jahr haben Sie unserer Stiftung wieder viele Geldspenden zukommen lassen. Dafür möchten wir Ihnen von Herzen danken. Wir freuen uns über jeden Betrag, der uns bei der ehrenamtlichen Arbeit hilft.

Übrigens: Bei Spenden bis zu 200 Euro reicht dem Finanzamt der Überweisungsbeleg. Für höhere Beträge schicken wir eine Spendenbescheinigung.

Wie sehr Sie unsere Biobank unterstützen, merken wir auch daran, dass ganz viele PATH-Frauen unseren Fragebogen gewissenhaft ausfüllen und schnell zurücksenden. Sie wissen als informierte Patientinnen eben: Überall, dort, wo Daten für die Krebsforschung gesammelt werden, braucht es die regelmäßige Befragung / Nachverfolgung der Betroffenen. Mit diesen Daten werden unsere Proben »angereichert«. Sie fließen in künftige Krebsforschungsprojekte und ermöglichen so neue Erkenntnisse für bessere Brustkrebstherapien.

Wir hören aus Kliniken, dass dort die Bereitschaft zur Beantwortung von Fragebögen zum Krankheitsverlauf relativ gering ist – bei PATH fällt sie beachtlich hoch aus. Das ist für die Krebsforschung wichtig. Dafür danken wir Ihnen! Wir freuen uns über das Vertrauen in unsere Arbeit!

Mit herzlichen Grüßen

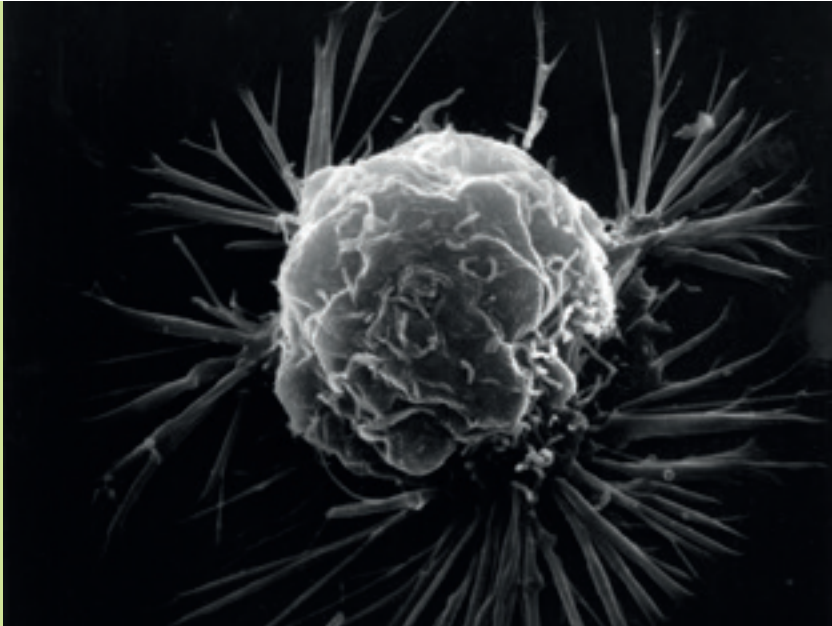
  
Ulla Ohlms

  
Carmen Waldner

  
Doris C. Schmitt

# Was macht Krebszellen so gefährlich?

## THE HALLMARKS OF CANCER



»Hanahan und Weinberg erkannten die gemeinsamen Merkmale, die alle Krebsarten aufweisen, unabhängig von der Krebsursache und unabhängig vom Ort, an dem er im Körper auftritt.«

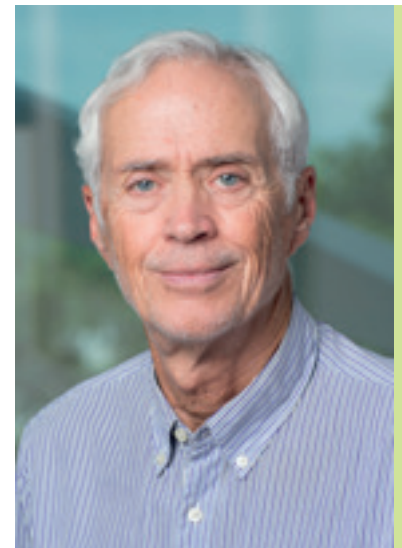
Ulla Ohlms  
Vorsitzende der Stiftung PATH

**Die Wissenschaftler Douglas Hanahan und Robert Weinberg haben im Jahr 2000 die »Kennzeichen von Krebs« zusammengestellt und sind damit berühmt geworden. Was sind die besonderen Charaktereigenschaften, die Krebs so unverwechselbar machen? Und was macht einen Forscher wie Robert Weinberg zu einem renommierten Wissenschaftler?**

Douglas Hanahan und Robert Weinberg, zwei Krebsforscher, trafen sich 1999 auf einem Kongress von Krebsbiologen in Hawaii. An einem Nachmittag wanderten sie durch die Lavafelder zum Krater eines Vulkans. Sie waren frustriert, so zeichnet es Siddhartha Mukherjee in seiner Kulturgeschichte des Krebses nach. »Zu lange, schien es, hatte man über den Krebs gesprochen, als wäre er ein heillos chaotisches Sammelsurium. Es schien keine strukturierenden Regeln zu geben.«<sup>1</sup> Die biologischen Eigenschaften widerstanden sich bisher jedem Gliederungsversuch. Aber die Entdeckungen der vergangenen Jahrzehnte legten nahe, dass sich unter den facettenreichen Gesichtern von Krebs übereinstimmende Merkmale, Regeln und Gesetze verbargen.

Hanahan und Weinberg diskutierten über die außergewöhnlichen Mechanismen, mit denen Krebszellen sich unkontrolliert vermehren und im Körper überleben können. Sie erkannten die gemeinsamen Merkmale, die alle Krebsarten aufweisen, und zwar unabhängig von der Krebsursache und unabhängig vom Ort, an dem er im Körper auftritt.

Im Januar 2000 publizierten sie unter dem Titel »The Hallmarks of Cancer« den Artikel, der diese Regeln zusammenfasste. Er ist weltberühmt und der am häufigsten zitierte wissenschaftliche Aufsatz zu Krebs.<sup>2</sup> Um die zerstörerischen Eigenschaften der Krebszellen zu verstehen, muss man wissen, dass in unserem Körper jeden Tag rund 20.000 Zellen entarten (Prof. Salih, Universität Tübingen, PEAK Akademie). Sie werden überwiegend vom Immunsystem eingefangen. Erst mit immer länger andauernder Zellteilung – also mit fortschreitendem Alter des Menschen – kann es zum Versagen der Immunabwehr kommen. Statt dass entartete Zellen abgetötet werden, fängt ihre unkontrollierte Vermehrung an. Man spricht dann bei den Immunzellen von »erschöpften Zellen«. Prof. Weinberg sagt in einem Interview, wenn die Menschen noch älter würden, hätten sie alle Krebs.<sup>3</sup> Die folgenden »Alleinstellungsmerkmale« von Krebs finden sich in allen Krebsarten.<sup>4</sup>



- <sup>1</sup> Siddhartha Mukherjee: Der König aller Krankheiten. Krebs – eine Biografie, Köln 2012, S. 485
- <sup>2</sup> Hanahan D, Weinberg RA. The hallmarks of cancer. Cell. 2000 Jan 7;100(1):57–70
- <sup>3</sup> »Robert Weinberg on cancer prevention and cures«: [www.youtube.com/watch?v=CGISGeKd9Ik](http://www.youtube.com/watch?v=CGISGeKd9Ik)
- <sup>4</sup> [www.universimed.com](http://www.universimed.com). »The Hallmarks of Cancer«. Eine kurze Geschichte des Fortschritts
- <sup>5</sup> »A Conversation with Robert Weinberg« auf Youtube: [www.youtube.com/watch?v=zffQOBNVL5U](http://www.youtube.com/watch?v=zffQOBNVL5U)

## The Hallmarks of Cancer –

### Die Kennzeichen von Krebs

**1** | Anhaltende Wachstumssignale (Sustaining proliferative signaling). Mit aktivierten Onkogenen schaffen sich Krebszellen selbst Signale, die ihr Wachstum fördern. Die Selbstregulierung ist gestört, die entarteten Zellen teilen sich unkontrolliert.

**2** | Ausweichen der Wachstumshemmung (Evading growth suppressors). Krebszellen reagieren nicht auf Signale, die normalerweise ihr Wachstum hemmen und ihre Teilung unterdrücken.

**3** | Widerstand gegen den Zelltod (Resisting cell death). Krebszellen unterdrücken und inaktivieren die Gene und Signalwege, die Zellen normalerweise sterben lassen.

**4** | Schaffung von vervielfältigter Unsterblichkeit (Enabling replicative immortality) Krebszellen können sich unendlich teilen. Sie werden unsterblich.

**5** | Erzeugung eigener Blutgefäße (Inducing angiogenesis). Krebszellen fördern die Bildung neuer, eigener Blutgefäße (Angiogenese), um sich mit Nährstoffen und Sauerstoff zu versorgen.

**6** | Mobilisierung von Invasion und Metastasierung (Activating invasion and metastasis). Krebszellen können in das umgebende Gewebe eindringen und sich in anderen Teilen des Körpers ausbreiten (Metastasierung).

Die Hallmarks wurden 2011 von Hanahan und Weinberg um zwei weitere Faktoren erweitert:

**7** | Vermeidung von Immunreaktionen (Avoiding immune destruction). Krebszellen entwickeln Wege, den Kontrollmechanismen des Immunsystems auszuweichen.

**8** | Deregulierung des zellulären Stoffwechsels (Deregulating cellular metabolism). Da Krebszellen viel Energie brauchen, verändern sie ihren Stoff-

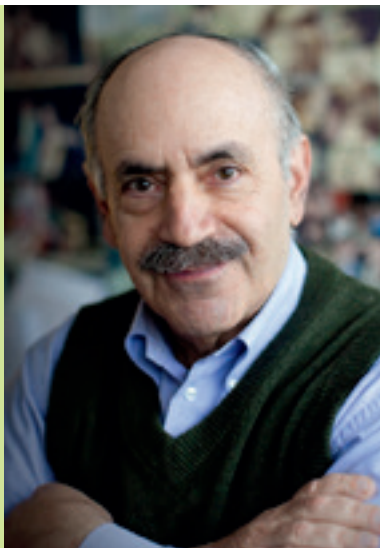
wechsel, um schneller Energie produzieren zu können.

2022 kamen noch die „enabling characteristics“ hinzu, also unterstützende Faktoren<sup>2</sup>:

**9** | Förderung entzündlicher Prozesse (Tumor-promoting inflammation). Durch Entzündungen werden Wachstums- und Überlebensfaktoren der Krebszellen freigesetzt.

**10** | Instabilität des Genoms und Mutation (Genome instability and mutation) sind charakteristisch für Tumorzellen und ermöglichen es diesen, sich vorteilhafte Genotypen anzueignen.

Zusätzlich wurde in der zweiten Überarbeitung die Tumor-Mikroumgebung »Tumor Microenvironment« hervorgehoben. Man hatte erkannt, dass die Biologie eines Tumors stets in Verbindung mit der Biologie seiner Mikroumgebung erforscht werden muss.



**Immer wieder liest man von »renommierten« Forschern. Auch die Autorin dieses Textes bedient sich dieser Charakterisierung. Was also zeichnet einen solchen Forscher / eine solche Forscherin aus?**

Renommierte Wissenschaftler müssen innovative Forschungen mit bahnbrechenden Ergebnissen machen und diese in weltweit anerkannten wissenschaftlichen Journalen publizieren. Neben dem Ranking („Hitliste“) der Fachzeitschriften zeigen Preise und Auszeichnungen, wer in der Rangliste ganz oben steht.

## Was macht einen Forscher »renommiert«?

### DAS BEISPIEL ROBERT WEINBERG

Und zu diesen Wissenschaftlern gehört auch Robert Weinberg, einer der Autoren der Hallmarks of Cancer. Er erhielt 62 Wissenschaftspreise.

Robert Allan Weinberg ist ein US-amerikanischer Krebsforscher mit deutschen Wurzeln. Seine Eltern mussten vor den Nationalsozialisten aus Ostwestfalen fliehen. In einem Interview erinnert sich Weinberg daran, wie prägend es war, als Kind von Geflüchteten aufzuwachsen.<sup>5</sup> Robert Weinberg ist Molekularbiologe am Massachusetts Institute of Technology (MIT) in den USA. Bekannt wurde er durch seine Forschung im Bereich der Krebsbiologie, insbesondere durch seine Arbeit zur Entdeckung von Onkogenen, die zur Entstehung von Krebs beitragen. Seine Forschungen haben auch zum Verständnis der Metastasierungsmechanismen geführt.

Zu Weinbergs Preisen gehören die National Medal of Science im Jahr 1997 und der »Breakthrough Prize in Life Sciences«. Letztere Auszeichnung gilt als »Oscar der Wissenschaften« und ist ein seit 2013 vergebener Preis für die weltweit besten Wissenschaftler:innen und für bahnbrechende Entdeckungen in den Lebenswissenschaften, der Grundlagenphysik und der Mathematik. Jeder der fünf Hauptpreise ist mit drei Millionen Dollar dotiert. Er ist damit der weltweit am höchsten dotierte Wissenschaftspreis, gestiftet von Tech-Milliardären wie Zuckerberg, Google, Apple usw.

Prof. Weinberg hat 1983 den renommierten deutschen Robert-Koch-Preis erhalten. Es gibt gut verständliche Videos von Vorträgen Weinbergs und Interviews mit ihm. In den letzten Jahren betonte er die große Bedeutung von Prävention. 65 bis 75 Prozent der Krebserkrankungen könnten verhindert werden, meint er. Rauchen und Übergewicht hält er für die größten Risikofaktoren.

# Die junge Brustkrebspatientin

## EINE HERAUSFORDERUNG FÜR PATIENTIN UND ARZT



»Wir können heute mit Stolz sagen, dass jede Brustkrebstherapie ein ›maßgeschneiderter Therapieanzug‹ ist, der für jede Patientin individuell angepasst wird.«

Prof. Dr. med. Christian Jackisch  
Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe  
des Sana Klinikums Offenbach und  
Vorstandsvorsitzender der  
Hessischen Krebsgesellschaft e. V.

### Prof. Dr. med. Christian Jackisch antwortet auf Fragen von Doris C. Schmitt

Prof. Dr. med. Christian Jackisch ist Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe des Sana Klinikums Offenbach und Vorstandsvorsitzender der Hessischen Krebsgesellschaft e. V. sowie Co-Founder OncoNet Rhein-Main e. V. Im Offenbacher Klinikum steht eine PATH-Truhe.

**Brustkrebs ist dank jahrelanger klinischer Forschung heute gut behandelbar. Die meisten Frauen erkranken erst in einem Alter ab 60 Jahren. Aber leider müssen Sie auch jungen Frauen diese so gefürchtete Diagnose mitteilen. Welcher Herausforderung müssen sich da Patientin und Arzt stellen?**

In der Tat erleben wir in den vergangenen Dekaden eine Zunahme der Diagnose eines Mammakarzinoms bei jüngeren Frauen. Lange Zeit war es ein Problem der Wahrnehmung, dass das ursprüngliche Karzinom der älteren Frau nicht in so jungen Jahren auftritt, und die Diagnosestellung wurde daher zum Teil verzögert.

Heute haben wir viel dazugelernt und müssen geradezu fordern, dass ein verdächtiger oder unklarer Befund in der Brust durch eine Stanzbiopsie abgeklärt wird. Die Diagnose, ob es sich um einen gutartigen oder bösartigen Befund handelt, stellt einzig und allein die Pathologie. Das ist heute deutlich mehr in das Bewusstsein gerückt.

Bei jungen Frauen mit einem Mammakarzinom ist allein die zeitliche Wahrscheinlichkeit, einem Rückfall im Laufe des Lebens zu begegnen, deutlich größer als bei einer Seniorin. Leider kann sich niemand den Zeitpunkt der Diagnose aussuchen. Daher ist es so wichtig, dass unsere weibliche Bevölkerung an den nationalen Krebsfrüherkennungsprogrammen (hier Mammografie-Screening) teilnimmt, die derzeit mit dem 49. Lebensjahr beginnen.

Leider ist die bundesweite Teilnahme in Deutschland beschämend gering. Das depressiert mich umso mehr, wenn ich bei Patientinnen mit einem familiären Mammakarzinom sehen muss, dass der dritte oder vierte Fall auftritt, ohne dass auch nur ein Gedanke an die Früherkennung berichtet ist. Hier bleibt noch viel zu tun. Daher danke ich für dieses Interview!

### Gibt es speziell zugeschnittene Therapien für diese betroffenen Frauen?

Wir können heute mit Stolz sagen, dass jede Brustkrebstherapie ein ›maßgeschneiderter Therapieanzug‹ ist, der für jede Patientin individuell angepasst wird.

Bei jungen und sehr jungen Frauen ist vor allem im Falle einer Indikation für eine Chemotherapie besonders darüber nachzudenken, ob die Familienplanung abgeschlossen ist, weil in vielen Fällen die Chemotherapie die Eierstockfunktion zum Erliegen bringt. Damit sind spätere Schwangerschaften nicht mehr möglich. Daher fordern wir in unseren Leitlinien, dass die Beratung hierzu und im Falle eines gewünschten Erhalts der Fertilität ernstgenommen wird und /oder aktiv angesprochen wird. Dann ist die Vorstellung zur Beratung und ggf. Durchführung von fertilitätserhaltenden Maßnahmen in einem Kinderwunschzentrum von größter Bedeutung und gefährdet die Patientin nicht.

Sollte bei jungen Frauen dieser Wunsch nicht bestehen, dann ist eine zuverlässige Empfängnisverhütung unbedingt durchzuführen. Es ist ebenfalls möglich, die Eierstockfunktion mit bestimmten antihormonellen Medikamenten „einzufrieren“, damit sie nach der Chemotherapie wiederhergestellt ist, was für die Lebensqualität wichtig ist.

Seit kurzem wissen wir aus den Ergebnissen der amerikanischen POSITIVE-Studie, dass man auch nach der abgeschlossenen Erstbehandlung bei Patientinnen mit einem hormonrezeptorpositiven Mammakarzinom die antihormonelle Therapie nach zwei Jahren unterbrechen kann, um Schwangerschaft, Geburt und Stillzeit zu erleben, und die antihormonelle Therapie dann später wieder aufnimmt. Es tut sich also viel Gutes für unsere jüngeren Brustkrebspatientinnen und deren Lebensplanung.

Daher meine dringende Bitte: Brustkrebs ist sicher eine ernste Erkrankung, aber nur sehr selten ein medizinischer Notfall. Bitte im Vorfeld einer Behandlung alle verfügbaren Informationen einholen, am besten in Zusammenarbeit mit einem

zertifizierten Brustkrebszentrum, den Frauenärztinnen und Frauenärzten. Es kann auch hilfreich sein, einmal eine Zweitmeinung einzuholen, um so die individuell beste Lösung zu finden.

### Was gilt es hinsichtlich Nachsorge und Nebenwirkungen bei der jungen Brustkrebspatientin zu beachten?

Das ist ein sehr heißes Eisen, denn hier gibt es viele Mythen zu bekämpfen. Aus unserem heutigen Interview ist zu erkennen, dass vor allem der Verlust der Funktion der Eierstockhormone einen relevanten negativen Einfluss auf so viele Lebensfunktionen hat – von der trocknen Scheide über den Verlust der Knochendichte, den Verlust der Kopfbehaarung bis zum Verlust des sexuellen Empfindens und der psychischen Veränderungen. Die Nachsorge ist nicht dazu da, die Stecknadel im Heuhaufen zu finden, also einen Rückfall aufzudecken. Es geht darum, die Flurschäden der Therapie zu reparieren und die psychische und soziale und wirtschaftliche Rehabilitation zu erreichen. Um es klar zu sagen, die Rolle im privaten und beruflichen Leben nicht zu verlieren.

Krebs kann einsam und arm machen, das ist leider die Realität. Der leitlinienkonforme Einsatz von bildgebenden Verfahren zu beachten und regelmäßige klinische Untersuchungen unter Einschluss des Brustultraschalls und der Mammografie gehören zum guten und verlässlichen Standard. Nicht aber der routinemäßige Einsatz der Computertomografie und / oder von PETs / CTs, um das Gewissen zu beruhigen. Den Einsatz von Tumormarkern bei Frauen ohne eine Metastasierung sehe ich eher skeptisch und führe diese nicht durch.

Wenn Sie die Möglichkeit haben, fragen Sie in Ihrem Brustzentrum nach, ob das an der SURVIVE-Studie zur modernen Form der Brustkrebsnachsorge teilnimmt. Das ist eine sehr gute Initiative und wird unsere Nachsorge vielleicht aus dem Dornröschenschlaf in die Realität bringen.

Bleiben Sie also wachsam – informiert – und am besten gesund.

# FOCUS Me



## Die App für Patient:innen mit Brustkrebs oder anderen gynäkologischen Tumoren

Vernetze dich mit anderen Brustkrebspatientinnen und entdecke Veranstaltungen rund um den Alltag mit deiner Erkrankung – kostenlos und ohne Rezept mit der FOCUS ME App.

Jetzt downloaden!  
[www.focusme.de](http://www.focusme.de)



07/2023 MFE-00017406

# Qualität verbessert das Überleben!

## 20 JAHRE ZERTIFIZIERTE KREBSZENTREN



»Auf meine Stimme als Brustkrebspatientin sollte gehört werden, mein Erfahrungswissen war gefragt. Ich fühlte mich wertgeschätzt.«

Ulla Ohlms  
Vorsitzende der Stiftung PATH

**In diesem Jahr feiert die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) eine ihrer größten Erfolgsgeschichten – die Zertifizierung von Krebszentren. Begonnen hatte es mit Brustzentren. Die Idee war, für die Diagnose und Therapie dieser lebensbedrohlichen Krankheit klare Qualitätsvorgaben zu setzen. Das hat funktioniert. Die Autorin dieses Textes war dabei.**

April 2001, ein Jahr nach meiner Brustkrebsdiagnose und kurz nach der neoadjuvanten Chemotherapie, der Bestrahlung und der Operation, wurde ich ins nordrhein-westfälische Gesundheitsministerium eingeladen. Eine Arbeitsgruppe »Konzertierte Aktion Brustkrebs« konstituierte sich. Hier hatte Gesundheitsministerin Birgit Fischer (SPD) die »Partner« im Gesundheitswesen versammelt. Aufgabe war es, die flächendeckende Brustkrebsversorgung in NRW anzuschauen und Verbesserungen vorzuschlagen.

Ich habe dabei zwei Erfahrungen gemacht: Erstens stehen die Partner im Gesundheitswesen in keiner Freundschafts- oder gar Liebesbeziehung. Nein, Krankenkassen, Ärztekammer, Krankenhausgesellschaft, Kassenärztliche Vereinigung, Apothekerverbände haben nicht nur unterschiedliche, sondern oft auch konträre Interessen. Zweitens wurden nach meiner Kenntnis erstmals Patienten zu einer solchen ministeriellen Arbeitsgruppe eingeladen.

Auf meine Stimme als Brustkrebspatientin sollte gehört werden, mein Erfahrungswissen war gefragt. Ich fühlte mich wertgeschätzt. Erste Formen von Patientenbeteiligung.

Zunächst wurde die Brustkrebsversorgung in der Fläche des größten Bundeslandes betrachtet. Wie viele Krankenhäuser von den knapp 400 in Nordrhein-Westfalen operierten und behandelten Brustkrebs? Es waren – wenn ich mich richtig erinnere – rund 250. Von diesen Kliniken hatte ein beträchtlicher Anteil viele primäre Brustkrebsfälle im Jahr. Aber in etlichen Häusern kamen bei den Brustkrebsoperationen nur Fallzahlen im niedrigen zweistelligen Bereich zusammen. Im Grunde konnte jeder Arzt – ob nun Gynäkologe oder Chirurg – Brustkrebs operieren. Vorschriften? Qualitätsmaßstäbe? Fortbildungsnachweise? Fehlanzeige.

Ich wurde in einem großen senologischen Zentrum mit weit über 300 Brustkrebsfällen im Jahr diagnostiziert und behandelt. Es gab eine interdisziplinäre Tumorkonferenz, an der die Patientin teilnehmen konnte. Neoadjuvante Therapie wurde angeboten, und eine Psychoonkologin war auch schon da. Auf unserer Station lagen nur Frauen mit Brustkrebs. Wir mussten das Zimmer nicht mit glücklichen Müttern und ihren frischgeborenen Babys teilen. Wir Brustkrebspatientinnen blieben unter uns, konnten uns austauschen, trösten, uns gegenseitig beraten. Es wurde auch sehr viel gelacht. Beste Versorgung. Ich hatte ein richtiges Brustzentrum gefunden, bevor Zertifizierungen überhaupt auf die Tagesordnung kamen.

Die »Konzertierte Aktion Brustkrebs« in NRW legte Maßstäbe fest, die Krankenhäuser erfüllen mussten, um als Brustzentrum anerkannt zu werden: mindestens 250 primäre Fälle, Interdisziplinarität, Psychoonkologie, hoher Anteil an brusterhaltenden Therapien und vieles mehr.

Das Modell machte Schule. Überall entstanden solche Konzentrationsbewegungen. Brustkrebs sollte nur noch dort behandelt werden, wo hohe Fallzahlen eine nachprüfbare Professionalität der behandelnden Ärztinnen und Ärzte sicherstellten. Hohe Quantität sorgt für Qualitätszuwachs.

Mein Traum damals, dass die Krankenkassen Operationen in Häusern mit kleinen Fallzahlen nicht mehr bezahlten, ließ sich nicht erfüllen. Aus rechtlichen Gründen (»Behandlungsverbot« fürchteten einige Interessenvertreter).

Seit 2003 prüft die Deutsche Krebsgesellschaft nun Krebszentren und vergibt bei Erfüllung aller Kriterien das Zertifikat. Dem Vorreiter Brustkrebs sind andere Krebsentitäten (Krebsarten) gefolgt. Und mit den Jahren hat sich auch die Zahl kleiner, nicht zertifizierter Krankenhäuser, die trotzdem Krebs operieren, reduziert. Eine Abstimmung mit den Füßen. Die Kranken gehen überwiegend dahin, wo die Qualität versammelt ist, wo ein Gütesiegel der DKG hängt und wo die beste Freundin so gut behandelt worden ist.



Die Tabelle zeigt, dass alle Krebskranken besser fahren, wenn sie in zertifizierte Zentren gehen.

Krebsart	Relativer Vorteil im Gesamtüberleben bei Erstbehandlung in zertifiziertem Zentrum (%)	Inzidenz (RKI) <sup>1</sup>	Anzahl zertifizierte Standorte Deutschland <sup>2</sup>	Anzahl an der Versorgung beteiligter Kliniken insgesamt	Anteil Erstbehandlungen in zertifizierten Zentren 2021/23
Kolonkarzinom	8 %	39.939	295	1.280	42 %
Rektumkarzinom	10 %	17.895	295	1.229	50 %
Pankreaskarzinom	11 %	19.685	125	1.223	35 %
Mammakarzinom	23 %	78.135	263	1.238	84 %
Zervixkarzinom	16 %	4.575	168	804	62 %
Endometriumkarzinom	7 %	11.266	168	924	47 %
Ovarialkarzinom	12 %	7.319	168	1.084	61 %
Lungenkarzinom	3 %	59.151	79	1.306	39 %
Prostatakarzinom <sup>3</sup>	17 %	27.619	131	1.188	81 %
Hirntumore	8 %	14.721 <sup>4</sup>	49	1.145	73 %
Kopf-Hals Tumore	6 %	18.628	65	1.027	54 %

Im Juni 2023 feierte die Deutsche Krebsgesellschaft 20 Jahre Zertifizierung. Vor 20 Jahren habe man noch gar nicht absehen können, wie sehr die Zertifizierung der ersten Brustzentren die onkologische Versorgung prägen konnte. »Die Erfolge sind enorm«, so die DKG-Bereichsleiterin Zertifizierung Simone Wesselmann.<sup>1</sup>

Dass Quantität auch Qualität schafft, zeigen die Daten. Im April 2022 wurden Zahlen publiziert, die zeigten, dass die Behandlung in Krebszentren zu einem deutlich höheren Überleben führt. Daten von AOK-Versicherten wurden mit Zahlen aus regionalen klinischen Krebsregistern verglichen. So konnte rund eine Million Behandlungsfälle Krebs in den Jahren 2009 bis 2017 miteinander verknüpft und ausgewertet werden. »Das Ergebnis ist in seiner Deutlichkeit beeindruckend«, sagte die Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes Carola Reimann.<sup>2</sup>

Die Sterblichkeitsrate lag in den zertifizierten Zentren deutlich niedriger – zum Beispiel bei minus 25 Prozent Sterblichkeit bei Gebärmutterhalskrebs.

»Die positiven Effekte der Zertifizierung sind unter anderem dadurch zu erklären, dass die Patientinnen in den zertifizierten Zentren auf inter- und multidisziplinäre Behandlungsteams treffen, die häufiger leitliniengerecht behandeln und auf eine bessere Prozess- und Strukturqualität zurückgreifen können«, versicherte Monika Klinkhammer-Schalke, Vorsitzende der AG Deutscher Tumorzentren. Die niedrigere Sterblichkeit lässt sich aus den Krebsregisterdaten und den Krankenkassenzahlen ablesen.<sup>3</sup>

Auch an diesem Beispiel zeigt sich, dass es Zeit wird, die verschiedenen Datensilos im Gesundheitswesen (hier Krankenkassen, da Krebsregister, dort Kliniken) zusammenzuführen – zur Qualitätssicherung, zur besseren Heilung von Krebs.

»Zertifizierte Brustzentren waren in vielerlei Hinsicht die Vorreiter. Die Methodik der strukturierten Qualitätssicherung und multidisziplinären Tumorboards wurden mittlerweile bei vielen anderen Erkrankungen angewendet, weil die einzelnen Disziplinen aus den Querschnittsfächern die Systematik aufgegriffen haben.« Das bestätigt Prof. Dr. Jürgen Debus (Heidelberg), Präsident des Senologiekongresses 2023. Die Brustkrebspezialisten sind stolz auf ihre Vorbildfunktion.

Im Juni 2023 veröffentlichte das Bundesministerium für Gesundheit valide Zahlen: 84 Prozent der Frauen mit Brustkrebs lassen sich in zertifizierten Zentren behandeln! Ihr Überlebensvorteil liegt 23 Prozent höher als bei den Frauen, die in nicht zertifizierten Häusern behandelt werden.<sup>4</sup>

»Den Patienten, die immer noch nicht in zertifizierte Krebszentren gehen, denen kann ich auch nicht mehr helfen!« Diesen Seufzer hörte ich vor Jahren auf einem Krebskongress – vom Chef eines großen interdisziplinären Prostatakarzinom-Zentrums.

<sup>1</sup> »Zertifizierung von Krebszentren ist eine Erfolgsgeschichte«, Ärzteblatt online, 22. Juni 2023

<sup>2</sup> »Geringere Sterblichkeit bei Therapie in zertifizierten Krebszentren«, Ärzteblatt online, 26. April 2022

<sup>3</sup> Ebenda

<sup>4</sup> Stellungnahme der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, Bundesministerium für Gesundheit, Veröffentlichung: 22. Juni 2023

# Brustkrebs Nachsorge neu denken!

## EINEN RÜCKFALL MÖGLICHST FRÜH ENTDECKEN



»Wir wollen herausfinden, ob durch eine sogenannte Liquid Biopsy, also die Untersuchung des Blutes nach Tumorzellbestandteilen, eine spätere Wiederkehr der Erkrankung vorausgesagt werden kann.«

Prof. Dr. med. Wolfgang Janni  
Direktor der Universitätsfrauenklinik Ulm (ganz links)

### Prof. Dr. med. Wolfgang Janni antwortet auf Fragen von Doris C. Schmitt

**Nach Beendigung der sogenannten Primärtherapie bleibt bei vielen Brustkrebspatientinnen die Angst vor einer Wiederkehr der Erkrankung. Deshalb ist die Nachsorge für die betroffenen Frauen ein wichtiges Thema. Reichen die alten Nachsorgerichtlinien, oder braucht es doch mehr radiologische und labormedizinische Untersuchungen? Dieser Frage geht die vor kurzem gestartete SURVIVE-Studie an der Frauenklinik Universität Ulm nach.**

### Was ist das Ziel dieser Studie und welche Fragen sollen beantwortet werden?

Wir wollen herausfinden, ob durch eine sogenannte Liquid Biopsy, also die Untersuchung des Blutes nach Tumorzellbestandteilen, eine spätere Wiederkehr der Erkrankung vorausgesagt werden kann. Die bisherigen Daten legen sehr nahe, dass dies möglich ist, und uns hoffentlich in die Lage versetzt, so früh eine entsprechende Behandlung einzuleiten, dass wir die Erkrankung über viele Jahre zum Stillstand bringen oder gar heilen können.

Die Studie wird im Rahmen der Nationalen Dekade gegen Krebs vom Bundesforschungsministerium gefördert und wird bis Ende 2023 bundesweit zur Verfügung stehen. Selbstverständlich werden wir einige Jahre Geduld (Nachbeobachtungszeit) benötigen, bis wir die Ergebnisse auswerten können – allerdings nach 30 Jahren des wissenschaftlichen Stillstands in der Nachsorge.

**Jede klinische Studie wird von einem sogenannten Steering Committee geleitet. Seit vielen Jahren setze ich mich dafür ein, dass nicht nur Kliniker, sondern auch Patientenexperten in dieses Committee aufgenommen werden. Das ist in der SURVIVE-Studie gelungen. Was hat Sie dazu bewogen, Brustkrebspatientinnen wie z. B. mich in die Planung und Durchführung der Studie einzuschließen?**

Grundsätzlich ist meines Erachtens die Einbindung von Patientenexperten bei allen Studien von großer Bedeutung, weil es ja schließlich um Patientinnen geht und nicht um die WissenschaftlerInnen. Patientinnen wissen oft besser, was wirklich von Bedeutung, als WissenschaftlerInnen. In der Survive-Studie war uns dies besonders wichtig, weil Patientinnen nach Brustkrebs ja gesunde Frauen sind, und wir besonders wachsam sein müssen, welche Auswirkungen eine

zusätzliche Diagnostik auf die Lebensqualität haben könnte – wenn Patientinnen etwa durch ein positives Testresultat in Sorge leben müssen.

### Wird die SURVIVE-Studie auch an anderen Kliniken durchgeführt werden?

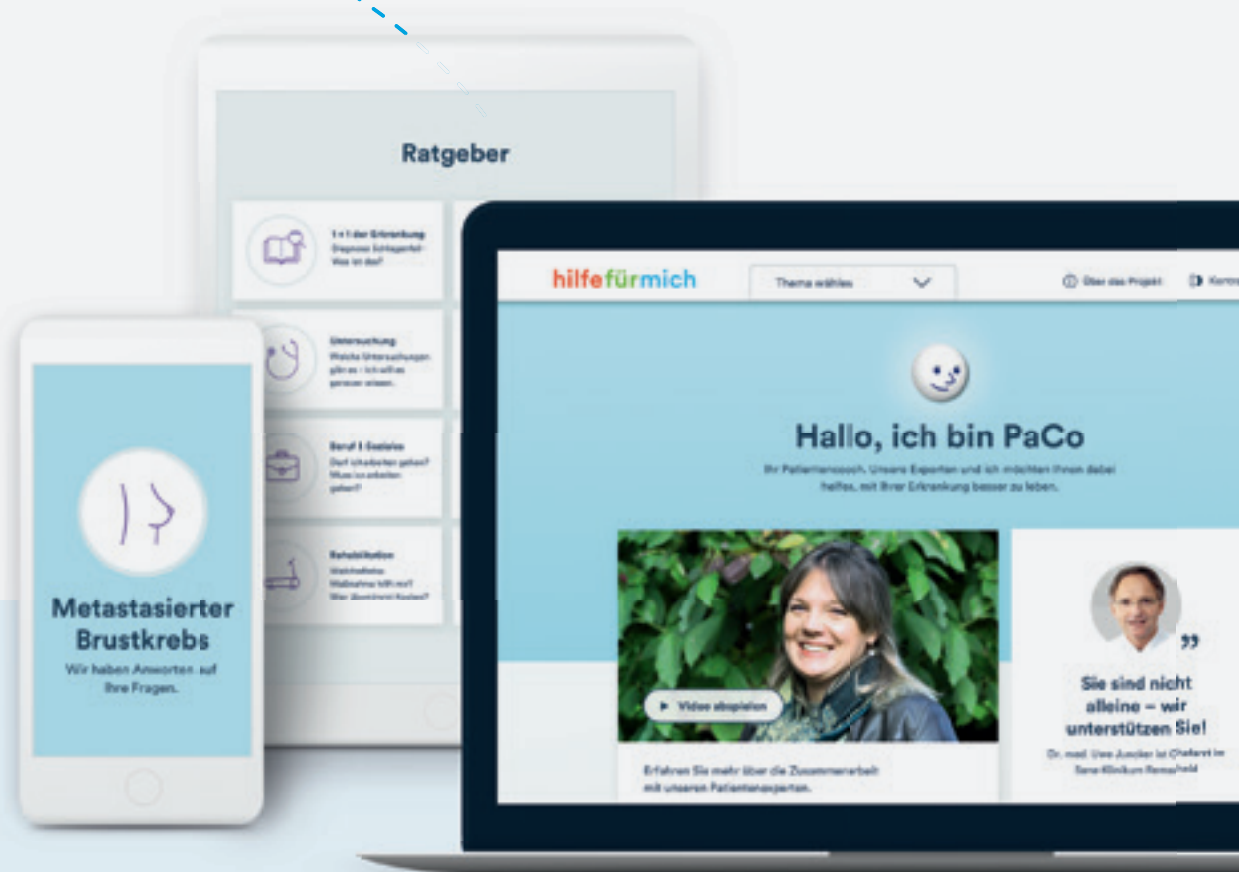
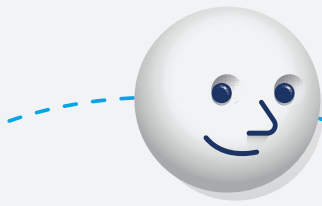
Ja, die Survive-Studie wird in etwa 100 Zentren bundesweit durchgeführt werden, und damit in allen Regionen unseres Landes.

### Was müssen Brustkrebspatientinnen tun, um an dieser Studie teilzunehmen?

Angesprochen sind Frauen und Männer, deren Brustkrebsdiagnose nicht länger als fünf Jahre zurückliegt und die entweder eine Indikation zur Chemotherapie hatten, oder ein G3-Karzinom oder befallene axilläre Lymphknoten. Sie sollten sich an eines der teilnehmenden Zentren wenden, die auf der Homepage der Studie [www.survive-studie.de](http://www.survive-studie.de) gelistet sein werden, um prüfen zu lassen, ob sie für die Studienteilnahme in Frage kommen. Die Studienteilnahme ist natürlich kostenfrei.

# hilfe für mich

Krankheit. Orientierung. Unterstützung.



## Der Online-Wegweiser

bei metastasiertem Brustkrebs:  
Informationen für Patienten und Angehörige.

[www.hilfueermich.de](http://www.hilfueermich.de)



# Wie geht es eigentlich anderen Krebskranken?

## LEBEN MIT DEM MULTIPLLEN MYELOM



Anita Nieder erhielt 2012 die Diagnose »Multiples Myelom« und hat eine Hochdosischemotherapie kombiniert mit einer Stammzelltransplantation durchlaufen.

Seit 2023 leitet sie die Selbsthilfegruppe Multiples Myelom Berlin-Brandenburg und ist Mitglied im NCT-Patienten-Forschungsrat der Charité. So bringt sie ihr Wissen und ihre Erfahrungen ein, um anderen zu helfen, sie zu ermutigen, und die Forschung um die Sicht der Patientinnen zu ergänzen.

### Wie alles begann

2012 erlitt ich einen Oberschenkelhalsbruch, ohne dass ich gefallen war. Ich hatte einige Wochen starke Schmerzen beim Gehen, konnte plötzlich nicht mehr auftreten. Notfallaufnahme! In der Erstdiagnose ergab sich der Verdacht auf einen Tumor. Es wurde eine Operation für ein künstliches Hüftgelenk geplant, da der Hüftkopf zerstört war. Der Arzt, der mir sagte, dass es definitiv ein Tumor sei, fügte nach dieser Mitteilung an: »Soll ich Ihnen jetzt einen Priester rufen?« Ich konnte nur noch antworten: »Danke, nein, ich bin Atheistin.«

Ab diesem Zeitpunkt verlor ich den Glauben an meine körperliche Unzerstörbarkeit und war den medizinischen Abläufen hilflos ausgeliefert. Es dauerte Wochen und Monate, bis ich mich aus dieser traumatischen Situation herausgearbeitet hatte. Zum Glück half mir mein Ziel, die Kontrolle über mein Leben wiederzugewinnen, möglichst schnell in meinen Alltag zurückzukehren und meine Arbeit als Psychologin wieder aufzunehmen. Mein soziales Umfeld hat mich stark unterstützt. Das gab mir Kraft.

Die Knochenmarksanalyse ergab, dass ich »nur« einen Plasmazellherd im Hüftkopf hatte und eine Bestrahlung als weitere Behandlung ausreichend war. Dann war fünf Jahre Ruhe.

### Fortschreiten der Erkrankung zum Multiplen Myelom

Ich habe mich in der »Ruhephase« meines Krebses intensiv über die Erkrankung informiert und hoffte, dass ich zu den glücklichen 20 Prozent gehöre, bei denen sich kein Multiples Myelom entwickelt. Dem war leider nicht so. Zu meinem Glück kannte ich die Knochensymptome, sodass ich 2017 wegen starker Knochenschmerzen sofort zu einer Kontrolluntersuchung ging. Dann kam die Diagnose Multiples Myelom mit dringender Behandlungsbedürftigkeit. Ich ließ mir Zeit mit der Therapieentscheidung und ging erst mal auf die geplante Südafrikareise. Erst anschließend, nach dem Einholen einer Zweitmeinung und unter dem Eindruck, dass ich den für mich richtigen Onkologen gefunden hatte, entschied ich mich für eine Behandlung.

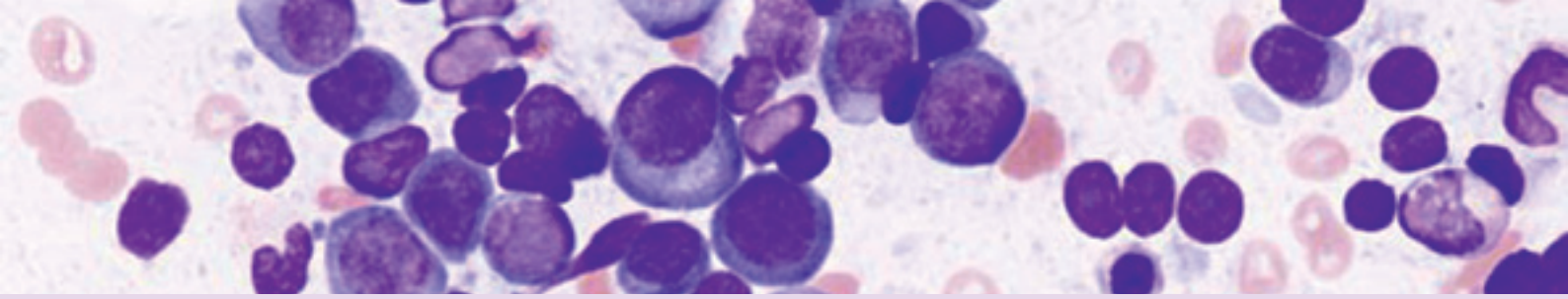
Das Therapieschema bedeutete: eine Induktionstherapie, dann Hochdosischemotherapie und autologe Stammzelltransplantation. So schrecklich mir diese Behandlung vorkam, wusste ich doch, dass es die damals wirksamste mit der längsten Remissionszeit war. Heute bin ich dankbar, dass ich diese harte Therapie gut durchgestanden habe und schnell genesen bin. Die Unterstützung durch eine andere Myelombetroffene, die das Ganze sehr aktiv angegangen war, hat mir Mut gemacht. Dadurch hat die Diagnose Multiples Myelom als unheilbare Krebserkrankung ihren Schrecken verloren.

Nicht nur die medizinischen Fachkräfte, sondern ich selbst konnte eine Menge tun, um den Krebs kleinzukriegen. Das Vertrauen in die Selbstwirksamkeit in Verbindung mit sozialer Unterstützung waren entscheidende Faktoren für den Erfolg der Therapie. Ich erstellte mir einen Trainingsplan für das Krankenzimmer, in dem die Hochdosischemotherapie und die Transplantation stattfand, und für die Zeit nach Entlassung. Ich konnte meine private Reha bei einer Freundin an der Ostsee machen. So gelang es mir, sechs Wochen nach der Behandlung wieder zu arbeiten mit dem Glauben, dass mein Leben weitergeht. Die Welt und meine Zukunftserwartungen veränderten sich jedoch – wie bei einem Bild, dessen Farben an Leuchtkraft verlieren.

### Leben mit dem Bewusstsein einer unheilbaren Krebserkrankung

Heute bin ich im sechsten Jahr in Remission. Remission heißt bei unserer Krankheit, dass es keine aktuellen Hinweise auf aktive Myelomaktivität gibt. Die Krankheit kam zum Stillstand, wobei vorhandene körperliche Schäden bleiben. Dank der neuen Erhaltungsmedikamente steigt die Remissionszeit. Ich hatte Glück, dass nach meiner Stammzelltransplantation das erste Medikament zur Erhaltung der Remission zugelassen wurde und dass ich keine Hochrisikogene habe.

Menschen mit der gleichen Erkrankung machen mir immer wieder Mut, mit der Ungewissheit zu leben, wann und ob überhaupt es zu einem Rückfall kommt.



### Charakteristika des Multiplen Myeloms

Es ist eine seltene Krebserkrankung des Knochenmarks. Zellen der körpereigenen Abwehr, die Plasmazellen, die sich vor allem im Knochenmark befinden, entarten. Es kommt zu einer starken Veränderung des genetischen Materials von Plasmazellvorstufen.

Dadurch entstehen Myelomzellen, die sich unkontrolliert im Knochenmark vermehren und / oder nur unvollständige Immunglobuline (körpereigene Abwehr) produzieren.

Die Myelomzellen produzieren verstärkt knochenabbauende Zellen, die Osteoklasten, und hemmen die knochenaufbauenden Zellen, die Osteoblasten. Dadurch kann es zu Osteolysen im Knochen, zu Instabilität und Knochen- bzw. Wirbelbrüchen kommen. Die gesunden blutbildenden Stammzellen im Knochenmark werden verdrängt mit der möglichen Folge von zum Beispiel Anämie, Müdigkeit. Die Infektanfälligkeit ist erhöht. Es kann unter anderem zu Nierenversagen, Schlaganfall, Herzversagen kommen.

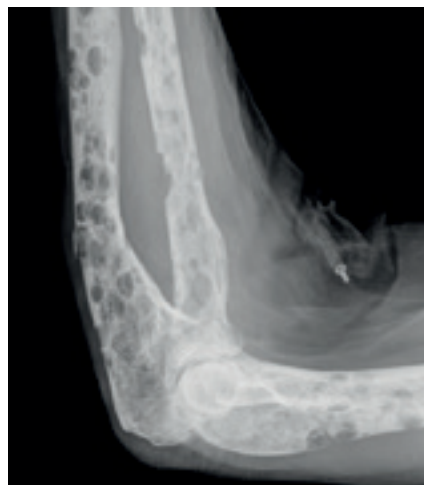
Für Patientinnen und Patienten mit Multiplem Myelom ist es eine besondere Herausforderung, mit dem Wissen um die Unheilbarkeit der Erkrankung zu leben. In den meisten Zeiten sage ich mir, ich bin so lange gesund, bis mir jemand das Gegenteil beweist. Gerade die großen Beschwerlichkeiten der Behandlung, die ich auf mich genommen hatte, bestärken mich in dem Vorsatz, mein geschenktes Leben gut zu nutzen. Ich bin dankbar, dass ich bisher ein gutes Leben habe.

Die Informationen aus dem Netz, der Selbsthilfegruppe und den Seminaren für Myelombetroffene helfen mir, angstfrei mit der Situation umzugehen. Ich kenne inzwischen die Vielfalt der Behandlungsmöglichkeiten bei einem Rückfall, informiere mich über die Studienlage. Wenn es auf mich zukommt, möchte ich bewusst eine Wahl treffen können, ob, wie und wo ich mich behandeln lasse.

Als in diesem Jahr eine neue Leitung für die Selbsthilfegruppe Multiples Myelom Berlin-Brandenburg gesucht wurde, habe ich diese Aufgabe übernommen. Gern setze ich meine Energie, mein Wissen und mein aktives Managen der Erkrankung ein, um anderen zu helfen, um sie zu ermutigen. Besonders schön ist für mich, dass wir ein Leitungsteam sind mit einem Co-Leiter und einem Betreuer für unsere interne Facebookgruppe. Mittlerweile bin ich Mitglied im NCT-Patienten-Forschungsrat der Charité. Ich freue mich darauf, die Anliegen der Patientinnen und Patienten in die Forschung einzubringen.

### Behandlungsmöglichkeiten mit einem Hoffnungsschimmer

Bisher ist immer noch die Hochdosischemotherapie und Stammzelltransplantation die wirksamste Erstbehandlung für alle, die fit genug für diese Behandlung sind. Es gibt inzwischen eine ganze Reihe von Antikörpern für die Therapien nach Rückfällen. Allerdings mit mehr oder weniger schweren Nebenwirkungen. Eine große Hoffnung setze ich in die neue CAR-T-Zell-Therapie. Hierbei werden den Betroffenen körpereigene Abwehrezellen entnommen, die T-Zellen. Diese werden in einem Labor gentechnisch mit einem zusätzlichen Eiweißmolekül aufgerüstet, das ihnen die Erkennung und Zerstörung von Myelomzellen ermöglicht. Anschließend werden sie über die Vene zurückgegeben.



Eine Folge des eines Multiplen Myeloms: multiple Osteolysen (hier Röntgenbild eines Unterarms)

Die Behandlung ist sehr teuer, auch weil die T-Zellen bisher nur in den USA aufbereitet werden können. Es gibt noch nicht viele Studien über die Dauer der Remission nach einer solchen Behandlung. Aber sie lassen hoffen. Die Kosten sind allerdings erheblich. Wie so oft bei Krebsmedikamenten stellt sich die Frage, ob das Gesundheitssystem solche Kosten tragen kann. Hier gilt es zu kämpfen und zu hoffen, dass demnächst auch in Deutschland Labore zugelassen werden, in denen CAR-T-Zellen hergestellt werden. Das würde die Behandlungskosten senken.

Ich hoffe, dass bei den zur Verfügung stehenden Therapieoptionen die Entscheidungen nicht nur über die Kosten, sondern immer auch über die Schwere der Nebenwirkungen und den Aufwand für die Betroffenen fallen. Was nützt eine hochwirksame Therapie, wenn die Nebenwirkungen so hoch sind, dass Psyche, Physis und Lebensqualität leiden. Dafür brauchen wir Patientenorganisationen als Lobby für die Betroffenen, um deren Wohlergehen in all seinen Facetten statt nur die Dauer der Remissionszeit und die Überlebenszeit als wesentlich zu betrachten. Durch die Fortschritte in der Forschung und Behandlung ist das Multiple Myelom inzwischen gut behandelbar, und die prognostizierte Überlebenszeit wird mit zwölf bis 20 Jahren angegeben.

Für mich heißt es: realistisch sein und den Optimismus nicht verlieren.

# Patientinnen mit Migrationshintergrund

## WIE SIND DIE ERFAHRUNGEN IN DER VERSORGENSWIRKLICHKEIT EINES GROSSEN BRUSTZENTRUMS?



»Vor allem ältere Migrantinnen sind bei Diagnose und Besprechung der Krebstherapie oft auf ihre Kinder angewiesen, die bei der Übersetzung helfen.«

Prof. Dr. med. Christian Jackisch  
Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe  
des Sana Klinikums Offenbach

### Prof. Dr. med. Christian Jackisch antwortet auf Fragen von Ulla Ohlms

**Herr Prof. Jackisch, Ihr Brustzentrum liegt in einer Stadt mit hohem Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund. Einen Migrationshintergrund haben Personen, wenn sie selbst im Ausland geboren sind oder wenn ein bzw. beide Elternteile aus dem Ausland kommen. Die Stadt Offenbach hat eine Quote von 64 Prozent. Wie merken Sie das in Ihrer Klinik?**

In unserer Stadt leben vor allem türkischstämmige Menschen, aber wir haben auch viele Einwohner mit griechischen Wurzeln. Außerdem haben wir Menschen, die als Russlanddeutsche zu uns gekommen sind. Mit vielen dieser Krebspatientinnen gibt es sprachliche Probleme. Vor allem ältere Frauen sind bei Diagnose und Besprechung der Krebstherapie oft auf ihre Kinder angewiesen, die bei der Übersetzung helfen. Wir beobachten, dass es gut funktioniert, wenn die Familie sich engagiert, wenn die Kinder gut über ihre Erwerbsarbeit integriert sind. Wir machen sehr gute Erfahrungen mit der deutschsprechenden Tochter, die ihre Mutter begleitet. Beim Wort Krebs bricht für viele Patientinnen mit Migrationshintergrund die Welt zusammen.

Da sind die emotionalen Reaktionen noch eindrücklicher als bei den deutschen Patientinnen.

Nicht immer können wir eine Dolmetscherin dazu holen. Und die zwei Handys, mit denen manche Patientinnen ihre Freunde oder ihre Verwandten zwecks Übersetzung anrufen wollen, akzeptiere ich nicht. Solche ernstesten Gespräche führt man nicht mit Unbekannten über mehrere Ecken am Telefon. Da braucht es einen neuen Termin mit einer Übersetzungsfachkraft.

### Was macht Ihnen Sorge bei der Behandlung von Brustkrebspatientinnen aus anderen Kulturen?

Sorgenkinder sind die älteren Frauen ohne Deutschkenntnisse, die vielleicht mit ihren Kindern kommen. Es sind Frauen, die ihre Diagnose Brustkrebs als „Schicksal“ gottergeben annehmen und vielleicht gar nicht verstanden haben, dass Heilung durch Medikamente möglich ist. Für sie scheint das Wort Krebs unweigerlich mit Tod konnotiert zu sein. Und wir fragen uns: Nehmen sie die Tabletten, die wir ihnen verordnen? Nutzen sie die Nachsorge in einer gynäkologischen Praxis?

### Deutschland bietet Krebsfrüherkennung und Vorsorgeuntersuchungen an. Haben Sie den Eindruck, dass diese auch von Migrantinnen und Migranten ausreichend wahrgenommen werden?

Krebsfrüherkennung und Vorsorgemaßnahmen richten sich an alle Bevölkerungsschichten. Mit der COVID-Pandemie hat es Rückschläge in der Wahrnehmung von Früherkennungsangeboten gegeben, zum Beispiel beim Mammografie-Screening oder bei der Darmspiegelung. Der Stellenwert dieser Gesundheitsvorsorge war durch die Angst vor Ansteckung verständlicherweise gesunken. Die Zahlen sind aber jetzt nach der Pandemie wieder auf ein gutes Niveau angestiegen.

Bei der migrantischen Bevölkerung vermuten wir, dass sie nicht wieder in dem vorherigen Maße an diesen Angeboten teilnimmt. Eine amerikanische Studie jedenfalls zeigt große Einbrüche bei den Hispanics und der schwarzen Bevölkerung. Zur Situation in Deutschland gibt es keine verlässlichen Daten.

### Gesundheitsprävention, Vorsorge und Früherkennung spielen im deutschen Gesundheitssystem eine große Rolle. Diese Maßnahmen zur Vermeidung von Krebserkrankungen werden weiter ausgebaut (Nationale Dekade gegen Krebs). Wie können wir die Menschen mit Migrationshintergrund besser erreichen?

Zunächst einmal können wir stolz sein auf unser gutes Gesundheitssystem, das all diese Maßnahmen zur Verfügung stellt. Sie werden von den Krankenkassen finanziert, das heißt, niemand muss dafür privates Geld ausgeben. Hier im Offenbacher Raum hat man versucht, über die Bürgermeister:innen und den Landfrauenverband Gesundheitsprävention an die migrantischen Zielgruppen zu bringen – leider mit geringem Erfolg. Ich bedauere das sehr. Es bleibt ein Rätsel, warum andere staatliche Angebote gut angenommen werden, aber Gesundheitsvorsorge keine große Rolle spielt. Ältere Migrantinnen, die erst in höherem Alter nach Deutschland gekommen sind, haben eine ganz andere Herangehensweise als jüngere Frauen, die gut integriert sind. Die jungen Frauen sehen, dass die Gesundheitsvorsorge im Arbeitsumfeld, bei den Kolleginnen eine große Rolle spielt. Da machen sie mit.

Soweit ich es überblicke, funktioniert aber die Versorgung von Neugeborenen und kleinen Kindern gut über die U1- bis U9-Untersuchungen. Da gibt es ein Heft mit vorgegebenen Untersuchungsterminen. Das ist eingespielt und auch die migrantischen Eltern nehmen es wahr.

### Was wünschen Sie sich zur besseren Aufklärung / Begleitung Ihrer Krebspatientinnen mit Zuwanderungsgeschichte?

Es braucht niedrigschwellige Angebote, kulturübergreifend, multilingual, mit Information in die Netzwerke. Nur so schaffen wir es, über Krebsfrüherkennung, über Empfängnisverhütung, übers Impfen zu informieren. Die öffentliche und betriebliche Gesundheitsversorgung müsste stärker auf diese Gruppen abzielen. Gibt es Obfrauen? Gibt es Anlaufstellen für kultursensible Gesundheitsberatung? Wie kümmert sich die jeweilige ethnische Community um solche Fragen?

Den Vorwurf »Migrant:innen werden schlechter versorgt« kann ich nicht teilen. Wir haben ein sehr gutes Angebot, das die Krankenkassen voll bezahlen. Aber das Angebot muss auch angenommen werden. Wir haben das Prinzip der Freiwilligkeit.

Ein multikulturelles Team im Krankenhaus ist sicher hilfreich. Im Brustzentrum am Sana Klinikum Offenbach haben wir im Team der Ärztinnen und Ärzte Italienisch, Griechisch und Englisch als Sprachen im Angebot. Und natürlich sind unsere Pflegekräfte bunt gemischt. Das hilft in der Versorgung von Patientinnen aus anderen Kulturen sehr. Aber die Suche nach ärztlichem Personal mit türkischen Wurzeln war bisher nicht erfolgreich. Wir bleiben dran.

**EIN ZWEITER BLICK**  
Eine neue HER2-Perspektive

**HER2-STATUS BEIM METASTASIIERTEN BRUSTKREBS**

Jeder Mensch ist einzigartig. Der HER2-Status beim Brustkrebs auch. Dieser Status bestimmt, welche Therapien für Sie infrage kommen. Hier gibt es nun neue Erkenntnisse.

 Sprechen Sie mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt!  
**#meinHER2blick**

 | 

DE-57722/2023

# Hoffnungsträger HER2-low

## NEUE THERAPIEOPTION BEI NIEDRIG AUSGEPRÄGTEM HER2-REZEPTOR



»Die Idee ist, dass der Antikörper die Chemotherapie zu der Tumorzelle mit den HER2-Rezeptoren bringt und die Chemotherapie erst in der Zelle freigesetzt wird. Die aktuellen Daten zeigen, dass dieses sehr gut funktioniert.«

Prof. Dr. med. Michael Patrick Lux  
Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Frauenklinik St. Louise, Paderborn, und Frauenklinik St. Josefs-Krankenhaus, Salzkotten

### Prof. Dr. med. Michael Patrick Lux im Gespräch mit Doris C. Schmitt

Drei große Kongresse, der SABCS in San Antonio 2022, der ASCO in Chicago 2023 und der ESMO Breast in Berlin 2023 haben wieder spannende Studiendaten geliefert. Ein Highlight auf allen drei Kongressen waren die Daten der DESTINY-Breast04-Studie, die wir schon in unserem letzten Newsletter vorgestellt hatten.

In dieser Studie wurden Patientinnen mit dem Antikörper-Wirkstoff-Konjugat Trastuzumab-Deruxtecan (T-DXd) behandelt. Es konnte nachgewiesen werden, dass auch bei Patientinnen mit einer geringen Anzahl von HER2-Rezeptoren (HER2-low) das Fortschreiten der Erkrankung und das Gesamtüberleben erheblich verbessert werden konnte. Diese neue Klassifizierung zwischen HER2-positiv und HER2-low führt nun zu der Erkenntnis, dass ca. zwei Drittel der vormals als HER2-negativ und hormonrezeptorpositiv bezeichneten Tumoren zielgerichtet mit dem Antikörper-Wirkstoff-Konjugat behandelt werden können.

Die neue Klassifikation HER2-low ist spannend und bietet für unsere Patientinnen neue und effektive Therapieoptionen.

Interessante Entwicklungen sind derzeit auch der Versuch der CDK4/6-Inhibitor-Therapie (Palbociclib, Ribociclib, Abemaciclib) beyond progression, das heißt, nach einem Fortschreiten unter der endokrinbasierten Therapie mit einem CDK4/6-Inhibitor diesen auf einen anderen zu wechseln und die endokrine Therapie auszutauschen. Auch freuen wir uns dieses Jahr auf die Zulassung des ersten oralen SERDs Elacestrant, das insbesondere bei Patientinnen, die sehr lange auf eine CDK4/6-Inhibitor-Therapie angesprochen haben und bei denen eine sog. ESR1-Mutation vorliegt (steht für endokrine Resistenz), wirksam ist.

### Hervorragende neue Therapiemöglichkeit

Aber nun zu der DESTINY-Breast04-Studie mit der Frage, was genau wurde in der Studie gemacht? Bisher haben wir Brustkrebs in HER2-positiv und HER2-negativ unterteilt. Aber viele Patientinnen haben einen Tumor, der nur wenig von dem Wachstumsrezeptor HER2 (HER2-1 oder HER2-2) aufweist. Diese nennen wir jetzt HER2-low, das heißt, der Status ist nicht ganz negativ, aber auch nicht ganz positiv. Diese Patientinnen haben in der DESTINY-Breast04-Studie nach bereits ein oder zwei Chemotherapien zuvor entweder eine Chemotherapie nach Wahl des Arztes erhalten oder das Antikörper-Wirkstoff-Konjugat Trastuzumab-Deruxtecan (T-DXd).

Es handelt sich dabei um den etablierten Antikörper Trastuzumab, der sich gegen den HER2-Rezeptor richtet. Dieser wurde mit einer Chemotherapie (einem Topoisomerase-I-Inhibitor) beladen.

Die Idee ist, dass der Antikörper die Chemotherapie zu der Tumorzelle mit den HER2-Rezeptoren bringt und die Chemotherapie erst in der Zelle freigesetzt wird. Die aktuellen Daten zeigen, dass dieses sehr gut funktioniert.

Bei den Patientinnen, die hormonrezeptorpositiv und gleichzeitig HER2-low waren, konnte ein progressionsfreies Überleben von 10,1 Monaten im Studienarm Trastuzumab-Deruxtecan erreicht werden. Beim Studienarm nur Chemotherapie lag dieses bei 5,4 Monaten. Noch eindrucksvoller ist die Verlängerung des Gesamtüberlebens. Im Vergleich zu einer Chemotherapie konnte das Gesamtüberleben hochsignifikant um 6,4 Monate verlängert werden. Diese Daten führten zu einer raschen Zulassung dieser Therapie nach einer Chemotherapie, wenn der Tumor gleichzeitig HER2-low ist.



Es stellt sich aber auch die Frage, wie dieses funktionieren kann, wenn nicht alle Tumorzellen HER2-low sind. Dieses nennen wir den Bystander-Effekt. Durch die Freisetzung der Chemotherapie in den Tumorzellen mit den HER2-Rezeptoren wirkt diese auch in der Umgebung bei den benachbarten HER2-negativen Tumorzellen.

Diese Daten führten neben der Zulassung auch zum raschen Einzug in die Leitlinien und Empfehlungen, zum Beispiel der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie e. V. (AGO). Hier wird das Trastuzumab-Deruxtecan bei HER2-low-Karzinomen nach einer Chemotherapie mit „++“ empfohlen. Das ist der höchste Grad der AGO-Empfehlungen.

### **Was bedeutet das für die metastasierten Patientinnen mit der bisherigen Diagnose HER2-negativ/ hormonrezeptorpositiv? Muss die bisherige Diagnose HER2-negativ nun bei allen Patientinnen neu bewertet werden?**

Ja, absolut. Spätestens in der Situation, wenn bereits eine Chemotherapie in der metastasierten Situation erfolgt ist, muss ich den genauen HER2-Status kennen. Dieser war früher entweder positiv oder negativ. Positiv bedeutete, dass der Pathologe mit einer sogenannten Immunhistochemie eine 3-fach-Positivität +++ nachweisen konnte oder bei 2-facher Positivität einen speziellen Test gemacht hat (CISH / FISH / SISH-Test) und dieser dann positiv war. Alles andere war bisher negativ.

Nun müssen wir aber wissen, ob der HER2-Rezeptor gering vorhanden ist und ob wir es mit dem sog. HER2-low-Karzinom zu tun haben. Da stellt sich natürlich sofort die Frage, ob das häufig ist. Dieses können wir sehr klar beantworten: Es trifft auf 45 bis 55 Prozent aller Patientinnen in der metastasierten Situation zu! Weil es somit in jedem zweiten Fall vorliegen kann, muss auf jeden Fall der HER2-Status neu bestimmt werden, da wir mit dem Trastuzumab-Deruxtecan eine hervorragende Therapie für die betroffenen Patientinnen anbieten können.

### **Wie wird sich die Pathologie neu ausrichten müssen?**

Die Pathologie hat sich bereits neu ausgerichtet. Hier müssen wir noch mal zurückschauen. Bevor das Trastuzumab-Deruxtecan bei HER2-low zur Verfügung stand, war es ja für die klinische Entscheidung, welche Therapie gegeben werden soll, lediglich wichtig, ob es sich um ein HER2-positives Karzinom oder ein HER2-negatives Karzinom handelte.

HER2-negativ spielte für die Therapieentscheidung keine Rolle. Da die Grenze zwischen ganz negativ und ein bisschen positiv manchmal knapp ist und subjektiv eingeschätzt wird, war es in einem Fall komplett negativ, im anderen Fall vielleicht 1+, also HER2-low. Es bestand also eine gewisse Abweichung, ob ein und dasselbe Präparat von zwei unterschiedlichen Pathologen angeschaut worden ist. Mit der Änderung und der Schaffung einer neuen Klasse HER2-low ist es nun therapierelevant. Wir müssen wissen, ob es in der Immunhistochemie eine 0 oder 1+ ist.

### **Pathologie sucht jetzt nach HER2-low**

Das wissen jetzt auch alle Pathologinnen und Pathologen in Deutschland, da sie die internationalen Kongresse besucht haben oder sich auf lokalen Tagungen informiert haben. Ich selbst habe letztes Jahr auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Pathologie die Daten vorgestellt. Mittlerweile weiß jede Pathologin, jeder Pathologe in Deutschland, wie wichtig der genaue HER2-Status für unsere Patientinnen ist.

Wenn aktuell die Frage einer Trastuzumab-Deruxtecan-Therapie im Raume steht und der HER2-Status lange zurückliegt, lohnt es insbesondere bei den Patientinnen mit einer kompletten HER2-Negativität (IHC 0), sich das alte Präparat noch mal anzuschauen oder anhand einer erneuten Biopsie der Metastase den Status zu bestimmen. Hierdurch kann in manchen Fällen nachgewiesen werden, dass doch ein HER2-low-Status vorliegt.

### **Gilt das denn nur für die hormonrezeptorpositiven Patientinnen?**

In der DESTINY-Breast04-Studie waren auch einige Patientinnen eingeschlossen, die normalerweise als triple-negativ gelten, das heißt negative Hormonrezeptoren und einen negativen HER2-Rezeptor haben.

Aber auch bei Triple-Negativität kann der HER2-Rezeptor gering exprimiert sein, das heißt einen HER2-low-Status haben. Auch wenn in der DESTINY-Breast04-Studie nicht viele Patientinnen mit einem hormonrezeptornegativen/HER2-low-Tumor eingeschlossen waren (es waren 40 bzw. 18 Patientinnen), lag in einer explorativen Analyse das progressionsfreie Überleben 5,6 Monate höher im Vergleich zu einer Chemotherapie und das Gesamtüberleben sogar um 9,9 Monate. Dementsprechend hat es auch für diese Gruppe eine Empfehlung der AGO gegeben. Diese ist mit einem „+/-“ nicht ganz so hoch, aber das ist mit der noch niedrigen Fallzahl begründet. Durch weitere Studien werden wir mehr Daten für dieses Kollektiv erhalten.

Zusammenfassend handelt es sich somit um eine hervorragende neue therapeutische Option für unsere Patientinnen. Die Pathologen wissen Bescheid, dass es zentral für uns ist, den genauen HER2-Status zu bekommen. Wichtig ist, dass auch die onkologisch tätigen Niedergelassenen an den Status denken und diese Therapieoption nach einer Chemotherapie für Patientinnen mit einem hormonrezeptorpositiven/HER2-low-Status initiieren.



Das Gespräch führte  
Doris C. Schmitt, Stiftung PATH

# Krebsmedikamente und andere Arzneien

## WECHSELWIRKUNGEN UND NEBENWIRKUNGEN



»Am besten ist es, eine engagierte Apothekerin zu haben, die potenzielle Arzneimittelnebenwirkungen im Auge hat.«

Prof. Dr. Diana Lüftner  
Chefärztin, Leiterin der Immanuel Klinik  
Märkische Schweiz

Die meisten Krebspatienten nehmen aufgrund ihres Alters auch andere Medikamente ein. Das kann zu Wechselwirkungen führen, die die Wirkung der Krebsmedizin verringern. Aber ein eigenmächtiges Absetzen der Krebsmedikation kann lebensgefährlich werden.

### Prof. Dr. Diana Lüftner im Gespräch mit Doris C. Schmitt

**Beim diesjährigen Senologiekongress hatten Sie den Vorsitz für ein wichtiges Thema, das viele Brustkrebspatientinnen betrifft – die Arzneimittel-Interaktion. Patientinnen mit einem frühen hormonrezeptorpositiven Brustkrebs erhalten in der Regel eine Therapie, die mindestens fünf Jahre dauert. Klinische Studien belegen, dass ein möglicher Rückfall so verhindert werden kann. Wie wir wissen, gibt es kaum ein Medikament ohne Nebenwirkungen. Was die meisten Patienten nicht wissen, ist, welche Wechselwirkungen es zwischen unterschiedlichen Medikamenten geben kann und wie sie die Lebensqualität beeinflussen können.**

Tatsächlich werden viele Onkologika – aber auch häufig eingesetzte Arzneimittel wie Pantoprazol – von den gleichen Enzymen verstoffwechselt. Dabei kann es zu wechselseitigen Beschleunigungen oder auch Behinderungen des Abbaus kommen. Im ersten Fall merkt die Patientin gar nichts, hat aber ggf. weniger Wirkung des Krebsmedikamentes.

Bei Verhinderung des Abbaus werden natürlich alle möglichen Nebenwirkungen eher verstärkt.

### Wie machen sich die Wechselwirkungen bemerkbar?

Haben wir also als übliche Nebenwirkung Durchfall, kann die Häufigkeit oder der Schweregrad erhöht werden. Das hat man zum Beispiel sehr schön bei Lapatinib gesehen. Onkologen mögen zwei Einflussmöglichkeiten gar nicht: Grapefruit(saft) und Johanniskraut. Ersteres vermindert den Abbau von Lapatinib, dann werden die Durchfälle mehr. Letzteres verstärkt den Abbau. Das wollen wir natürlich nicht. Wir wünschen uns ja einen stabilen Wirkspiegel.

### Welche Nebenwirkungen belasten die Patientinnen besonders, und was empfehlen Sie zur Linderung der Beschwerden?

Beschwerden wie Mundschleimhautentzündung oder Durchfall quälen die Patientinnen sehr, sie beeinträchtigen den Alltag erheblich. Entsprechende Mundspüllösungen, die Panthenol und Lidocain enthalten, werden üblicherweise verordnet. Sie helfen. Für Durchfall ist immer noch Loperamid das hilfreichste Mittel. Am besten ist es, eine engagierte Apothekerin zu haben, die potenzielle Arzneimittelnebenwirkungen im Auge hat – wenn der behandelnde Onkologe es einmal nicht auf dem Schirm hat.

### Welche Medikamente sollten auf keinen Fall zusammen mit einer antihormonellen Therapie oder nur mit einem bestimmten zeitlichen Abstand eingenommen werden?

Alle CDK4/6-Inhibitoren sind gute Kandidaten für Arzneimittelwechselwirkungen. Man sollte also die Komedikation auf ihre Notwendigkeit überprüfen. Pantoprazol wird zum Beispiel sehr viel eingesetzt, interferiert aber mit sehr vielen Medikamenten. Heikel wird es in der Kombination mit gerinnungshemmenden Medikamenten, deren Wirkung ggf. verstärkt werden kann. Dann kommt es zu einer Blutungsneigung.

### Welchen Einfluss hat die Einhaltung der antihormonellen Therapie auf einen möglichen Rückfall?

Tatsächlich einen sehr hohen Einfluss! Wir wissen schon lange, dass nach zwei bis drei Jahren die Therapietreue bei antihormonellen Behandlungsformen auf rund 70 Prozent der Patientinnen heruntergeht und dann sogar noch weiter sinkt. Aktuell konnte aufgrund der eingelösten Rezepte nachvollzogen werden, dass die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Fernmetastasen bis zu knapp 20 Prozent steigt, wenn die Patientinnen die Therapie nicht nehmen, im Vergleich zu den therapietreuen Patientinnen.

## Orientierung bei metastasiertem Brustkrebs

### Auf Bedürfnisse hören:

Wir sprechen nicht über Patient\*innen und Wegbegleiter\*innen, ohne mit ihnen zu sprechen und arbeiten eng mit Betroffenen und Expert\*innen zusammen.

### Wegweisende Inhalte schaffen:

Es erwartet Sie ein ständig wachsendes Angebot mit relevanten Themen und Beiträgen, die Sie auf Ihrem Weg mit metastasiertem Brustkrebs begleiten, unterstützen und Ihnen Mut machen.



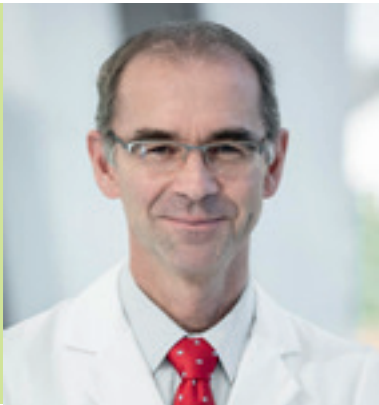
*Relevante Themen wie palliative Versorgung, Hilfestellungen für Wegbegleiter\*innen, Tipps zur Kommunikation finden Sie unter [www.onkopilotin.de](http://www.onkopilotin.de)*

Im Dezember findet das nächste kostenlose Psychoonkologie-Webinar mit Frau Dr. Jentschke und Gästen statt.

Erfahren Sie mehr auf [www.onkopilotin.de](http://www.onkopilotin.de).

# Früher hormonrezeptorpositiver Brustkrebs

## GIBT ES UNTERSCHIEDLICHE BEHANDLUNGSEMPFEHLUNGEN?



**Prof. Dr. med. Wolfgang Janni, Direktor der Universitätsfrauenklinik Ulm antwortet auf Fragen von Doris C. Schmitt**

Beim hormonrezeptor-positiven (HR+) metastasierten Brustkrebs haben sich Kombinationstherapien bewährt. Patientinnen werden in der Erstlinie mit einem CDK4/6 Inhibitor Ribociclib (Kisquali), Abemaciclib (Verzenios), Palbociclib (Ibrance) in Kombination

mit einem Aromatasehemmer (AI) behandelt. Nun werden auch Kombinationstherapien für den hormonrezeptor-positiven Brustkrebs in der frühen Phase (adjuvant) empfohlen. Für welche Patienten kommt diese Behandlung in Frage?

Eine solche Kombination mit Abemaciclib kommt bereits seit zwei Jahren für Patientinnen mit einem erhöhten Rezidivrisiko in Frage, wie z. B. mindestens vier befallenen axillären Lymphknoten oder großen Tumoren. Seit dem diesjährigen ASCO-Meeting wissen wir auch, dass Patientinnen mit einem mittleren Risiko ebenfalls von der Kombination mit Ribociclib profitieren. Die Zulassung hierfür erwarten wir für nächstes Jahr, aber bereits jetzt kann die Therapie nach einem Kostenübernahmeantrag erfolgen.

Sollten die so behandelten Patientinnen einen Progress (Fortschreiten der Erkrankung) haben, müsste man feststellen können, welcher der Wirkstoffe versagt hat. Geht das?

Ich würde nicht von einem Versagen sprechen, sondern eher von einer Resistenzentwicklung der Tumorzellen. Der Verlauf der Erkrankung, die Tumorbio-logie und die Vortherapien können uns schon einen Anhaltspunkt darüber geben, welche Therapieform als nächstes sinnvoll ist. Da sich aber auch die Tumorbio-logie ändern kann, raten wir unseren Patientinnen immer zu einer neuen Biopsie, wenn dies möglich ist.

Ist es immer erforderlich nach einem Progress die gesamte Kombinationstherapie abzubrechen?

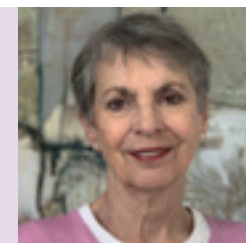
Nein, ggf. kann auch ein Element der Kombination gewechselt werden. Allerdings ist es schon sinnvoll, alle Therapieoptionen auszuloten, die es in der gegebenen Situation gibt. Glücklicherweise haben wir ein immer größer werdendes Repertoire an Behandlungsmöglichkeiten.

## AUFGESCHNAPPT

# Nachrichten aus Absurdistan: Brustkrebsversicherungen

Bei der Wohnungsaufräumung einer verstorbenen Freundin fiel mir etwas Merkwürdiges in die Hände. Sie hatte vor vielen Jahren eine »Brustkrebsversicherung« abgeschlossen. Was sollte da versichert werden? Ganz einfach: das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken.

Kurz im Netz recherchiert und schon etwas gefunden. 2013 berichtete die Stiftung Warentest, dass einige Versicherungsfirmen unter dem Namen »Ladylike Diagnose Krebs-Schutzbrief« eine spezielle Police für Frauen anboten. Mit einem monatlichen Beitrag zwischen 11 Euro und 33,80 Euro konnten Frauen bei Diagnose Brustkrebs 25.000 oder 50.000 Euro Versicherungsprämie (Premium!) erhalten. Andere Firmen nannten ihre Versicherungsprodukte »Womancare« oder »Ladyprotect«. Inzwischen erinnern solche Namen an Rasierer für die Intimzone.



Was soll das in einem Land, das durch die flächendeckende Krankenversicherung alle Kosten für die Behandlung von Krebserkrankungen trägt? Ein Trostpflaster? Ein jubelndes Hurra, wenn die Diagnose Brustkrebs erteilt wird? Juchhu, jetzt erhalte ich 25.000 Euro? Ich finde das makaber.

Ulla Ohlms in Bezugnahme auf Stiftung Warentest, 18. Oktober 2013

## DER MENSCH IM MITTELPUNKT

Leben mit metastasiertem  
Brustkrebs



## Patient\*innen Podcast Die 2. Staffel

### 2. Staffel des Patient\*innen Podcasts Meine Geschichte mit Hirnmetastasen

Kann man im Rahmen eines Hörspiels etwas über eine Erkrankung lernen?

Man kann.

Dies ist die Geschichte von Cordula M.<sup>+</sup>, Mutter und Brustkrebspatientin, bei der sich nun Anzeichen für Metastasen im Gehirn gezeigt haben. Begleiten Sie Cordula M. bei ihren Gesprächen mit Expert\*innen aus verschiedenen Bereichen und hören Sie mehr zu:

Welche Anzeichen gibt es für Metastasen im Gehirn?

Welche Untersuchungen sind notwendig?

Wo holt sich Cordula M. Unterstützung?

Folgen Sie unserem Podcast „Der Mensch im Mittelpunkt“.

<sup>+</sup> Eine fiktive Patientengeschichte basierend auf realen Erfahrungen

### Unsere Expert\*innen im Podcast



**Prof. Dr. med. Martin Bendszus**

Ärztlicher Direktor Neuroradiologie  
Universitätsklinikum Heidelberg



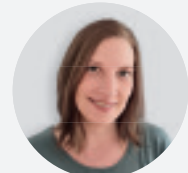
**Dr. med. Jan-Piet Habbel**

Facharzt für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie Praxis am Volkspark, Berlin



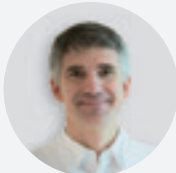
**Dipl.-Psych. Beate Hornemann**

Psychoonkologin und Leiterin des Psychoonkologischen Dienstes am Universitäts Krebs-Centrum Universitätsklinikum Dresden



**Lilia Keinhorst**

Onconurse  
Praxis am Volkspark, Berlin



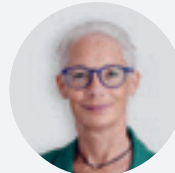
**Prof. Dr. med. Volkmar Müller**

Stellvertretender Klinikdirektor  
UKE Hamburg, Leitung konservative gynäkologische Onkologie,  
Leitung onkologische Tagesklinik



**PD Dr. med. Daniela Paepke**

Oberärztin m.b.F Frauenklinik  
Spital Zollikerberg, Schweiz



**Eva Schumacher-Wulf**

Chefredakteurin  
Mamma Mia! Magazine



Sie finden den Podcast u.a. auf Apple, Spotify, Deezer und Youtube.



[www.radio-oncology.com](http://www.radio-oncology.com)



## AUFGESCHNAPPT

# Moderates Training verbessert Brustkrebs-Überleben



»Brustkrebspatientinnen, die etwa drei Stunden pro Woche flott spazieren gingen, hatten eine signifikant niedrigere Sterblichkeit als Betroffene, die kaum aktiv waren.«

Deutsches Krebsforschungszentrum

### Moderates Training verbessert Brustkrebs-Überleben. Spaziergang bringt viel!

Schon lange ist bekannt, dass körperliche Aktivitäten bei Brustkrebspatientinnen das Risiko des Rückfalls verringern und die Sterblichkeit senken können. Nun haben Wissenschaftlerinnen des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) und der Harvard University erneut zeigen können, dass bereits moderate Bewegung hilft. Es ist kein aufwendiges Kraft- und Bewegungstraining in knallharten Fitnessstudios erforderlich. Schon schnelles Spaziergehen mehrmals die Woche bringt gute Erfolge. »Brustkrebspatientinnen, die etwa drei Stunden pro Woche flott spazieren gingen, hatten

eine signifikant niedrigere Sterblichkeit als Betroffene, die kaum aktiv waren.« Hierfür konnten Daten aus der berühmten »Nurses Health Study« ausgewertet werden. 1976 wurden für diese bahnbrechende Studie 240.000 Krankenschwestern in Amerika untersucht. Alle zwei Jahre werden sie nachbefragt. Bis heute.

Die Nurses-Health-Studie ist das weltweit größte Forschungsvorhaben zu Krankheitsrisikofaktoren bei Frauen. 13.300 Frauen aus der Kohorte waren an Brustkrebs erkrankt. Nun wurden ihre Bewegungsaktivitäten von den Forscherinnen aus Heidelberg und Harvard in den Blick genommen. Ergebnis: Je aktiver die Frauen nach ihrer Diagnose waren, desto

günstiger verlief ihre Erkrankung. Bereits bei einem Aktivitätsniveau, das etwa drei Wochenstunden zügigem Spaziergehen entsprach, sank die Gesamtsterblichkeit um etwa 27 Prozent.

»Das zeigt, welches Potenzial schon vergleichsweise moderate körperliche Aktivität hat. Frauen müssen keinen Marathon laufen oder sich nicht im Fitnessstudio völlig verausgaben«, sagt Renée Fortner (DKFZ). »Sie profitieren schon von Trainingseinheiten, die jede in ihren Alltag einbauen kann.«

[www.dkfz.de](http://www.dkfz.de) Pressemitteilung: Verbessertes Brustkrebsüberleben schon bei moderatem Training, Juni 2023

## AUFGESCHNAPPT

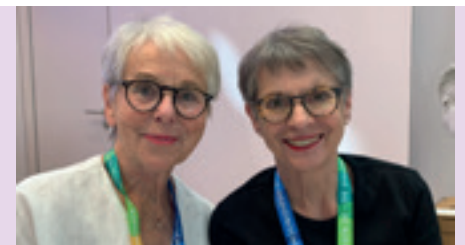
# Neuigkeiten aus anderen Medien von uns für Sie

Über das Jahr lesen Ulla Ohlms und Doris C. Schmitt viel über Brustkrebs und angrenzende Themen. Was wir interessant finden, stellen wir zusammen, um Ihnen im PATH Newsletter in Kurzform darüber zu berichten.

Die »Aufgeschnappt«-Beiträge in diesem Heft reichen von ganz praktischen Hinweisen wie der Impfpflicht der STIKO und dem Rat, mehr spazieren zu gehen, über interessante Studien von Ärzten und Ärztinnen bis hin zu Warnungen vor irreführenden Angeboten.

Falls Sie etwas besonders Interessantes lesen oder Anregungen für uns haben, freuen wir uns über eine Zuschrift an die PATH Newsletter Redaktion.

Herzlich, Ihre  
Doris C. Schmitt und Ulla Ohlms



# brustkrebs.de

## Werden Sie zur Expertin Ihrer Erkrankung



QR-Code scannen –  
**Brustkrebs.de** kennen lernen!

Erfahren Sie mehr über Ihre Diagnose und die Therapiemöglichkeiten und lassen Sie sich hilfreiche Bewältigungsstrategien an die Hand geben. Damit Sie im Umgang mit Ihrer Erkrankung sicherer werden und im Gespräch mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt bestens Bescheid wissen.

**Brustkrebs.de – die Wissensplattform für Patienten und Angehörige**



IN ZUSAMMENARBEIT  
MIT BRUSTKREBSPATIENTINNEN ENTWICKELT

EIN SERVICE VON

**AstraZeneca** 

DE-46959/2022

# Die Onkobutler-App

## Werden Sie aktive Partnerin Ihres Behandlerteams

Sie möchten nichts dem Zufall überlassen und haben sich bereits zur Abgabe einer Gewebeprobe entschieden, um unter einer Vielzahl an Optionen die bestmögliche aktuelle Brustkrebstherapie erhalten zu können und zusätzlich die patient:innenorientierte Krebsforschung weiter zu fördern. Doch auch im Alltag können Sie sich sofort aktiv einbringen. Eine smarte Möglichkeit bietet dazu die Onkobutler-App, mit der Sie Ihr Behandlungsteam optimal unterstützen können.



**Der Onkobutler ist ein digitales Tagebuch, das bei jeder Krebsart genutzt werden kann.** Die kostenfreie App ermöglicht es Ihnen, sich in Ihre eigene Behandlung einzubringen, indem Sie relevante Gesundheitsdaten, auftretende Symptome und Ihr Befinden einfach und schnell kontinuierlich dokumentieren. Ihre gespeicherten Gesundheitsdaten wie Temperatur, Gewicht, Blutdruck, Allgemeinzustand und weitere relevante Informationen werden auf Knopfdruck als kompakter Bericht aufbereitet, den Sie einfach und sicher als E-Mail vor Ihrer nächsten Sprechstunde an Ihr Behandlungsteam senden oder einfach mitbringen können. Mit Hilfe dieser Daten kann das Team schnell Ihren gesundheitlichen Zustand in den letzten Wochen überblicken und Ihren individuellen Krankheitsverlauf besser verstehen und einschätzen.

**Auf einen Blick wird ersichtlich,** ob Sie die Medikamente gut vertragen oder ob eventuell eine schnelle und individuelle Anpassung an Ihre Bedürfnisse notwendig ist.

**Im Alltag profitieren Sie selbst von zusätzlicher Sicherheit:** Der Onkobutler ermöglicht Ihnen nicht nur die Dokumentation relevanter Symptome, sondern auch das Anlegen von Notfallkontakten und das Speichern besonderer medizinischer Ereignisse. So sind alle wichtigen Daten und Telefonnummern jederzeit griffbereit. Zudem können Sie die Erinnerungsfunktion nutzen, um keine Einnahme eines Medikaments zu vergessen.

**Die Onkobutler-App ist in den Sprachen Deutsch, Englisch und Türkisch verfügbar** und wurde von erfahrenen Ärzt:innen entwickelt, die tagtäglich Krebs behandeln. Bei der Entwicklung der App wurde besonderer Wert auf Benutzerfreundlichkeit, Übersichtlichkeit und auf den Datenschutz gelegt. Allein Sie entscheiden, ob und mit wem Sie Ihre Gesundheitsdaten teilen. Dabei ist die Nutzung des Onkobutlers so hilfreich wie ein Navi und so einfach wie WhatsApp, wie überzeugte Anwender:innen bestätigt haben. Schritt-für-Schritt werden Sie durch die App geführt, besondere Computerkenntnisse sind nicht erforderlich. In nur wenigen Minuten haben Sie exakt das festgehalten, was für Behandlungsteams von großer Relevanz ist, und nichts gerät in Vergessenheit.

**Wenn Sie ein Smartphone oder Tablet besitzen, können Sie sofort von den Vorteilen des Onkobutlers profitieren.** Die App kann im Google Play Store oder im Apple App Store kostenfrei heruntergeladen werden. Die Nutzung ist kostenfrei.



**Möchten Sie mehr erfahren?** Dann schauen Sie einfach auf [www.onkobutler.de](http://www.onkobutler.de) vorbei. Die nachstehenden QR-Codes führen Sie direkt zur App und zu einem kurzen Erklärvideo.



App herunterladen  
& gleich loslegen



Erklärvideo  
anschauen



## AUFGESCHNAPPT

# Vorsicht vor Scharlatanerie!

### Krebs-Bluttest bringt nichts.

**In der Apotheken Umschau wirbt die HanseMercur Versicherung im August neue Kunden mit einem Bluttest an, der angeblich Krebs im Körper schon in frühem Stadium anzeigen kann. Wer also bei dieser Versicherung einen Vertrag abschließt, kann einmal im Jahr einen solchen Bluttest machen. Sogar Tchibo hat sich an der Vermarktung beteiligt.**

Das Echo bei den Onkologen war verheerend. Es gab scharfe Kritik an diesem »Krebs-Scan« als Instrument der Krebsvorsorge. Die Deutsche Krebsgesellschaft sprach von »Scharlatanerie«. Es werde ein Produkt vermarktet ohne Nachweis einer Wirksamkeit. »Ich warne davor, dass man einen positiven Bluttest direkt mit der Diagnose Krebs verbindet«, sagt der Molekularbiologe Michael Hummel von der Berliner Charité. Das Versprechen des Tests, Krebs schon in sehr frühen Stadien zu erkennen, hält der Leiter des Charité Comprehensive Cancer Centers Prof. Ulrich Keilholz für zu hoch gegriffen.

»Ich würde bezweifeln, dass dieser Test die Vorstufen von Tumoren wirklich erkennen kann. Er kann es erst, wenn Blutzellen mit Tumorzellen in Kontakt gekommen sind«, sagt Prof. Keilholz im rbb 24 Inforadio.

Tchibo hat die Vermarktung »wegen Irritationen« im August gestoppt. Dann doch lieber Kaffee verkaufen, oder?

Süddeutsche Zeitung, 11. August 2023

## AUFGESCHNAPPT

# STIKO-Empfehlung zur COVID-19-Impfung



Die STIKO empfiehlt unter anderem Personen ab 60 Jahren eine Auffrischimpfung gegen COVID-19 »Der Herbst ist ein günstiger Zeitpunkt für die Impfung.«

Ständige Impfkommission

Die Ständige Impfkommission (STIKO) hat im Mai 2023 eine aktualisierte COVID-19-Impfempfehlung und die dazugehörige wissenschaftliche Begründung veröffentlicht. Unter anderem empfiehlt die STIKO, dass Personen mit dem erhöhten Risiko eines schweren Krankheitsverlaufs (unter anderem Personen ab 60 Jahre) sowie Personen mit erhöhtem SARS-CoV-2-Infektionsrisiko zukünftig weitere Auffrischungsimpfungen erhalten, am besten im Herbst.

Es sollte möglichst ein Mindestabstand von zwölf Monaten zur letzten Impfung oder zur Infektion eingehalten werden.

Die COVID-19-Impfempfehlungen der STIKO haben seit Beginn der Impfkampagne im Winter 2020/2021 das vordringliche Ziel, schwere Verläufe und Langzeitfolgen von COVID-19 zu verhindern sowie Beschäftigte in der medizinischen und pflegenden Versorgung vor SARS-CoV-2-Infektionen zu schützen.

Krebspatientinnen und -patienten in laufender Behandlung sollten mit ihrem Onkologen sprechen.

Weitere Informationen über die STIKO und ihre Empfehlungen finden Sie hier: [www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/stiko\\_node.html](http://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/stiko_node.html)



# Krebskranke Ärzte – ein Perspektivwechsel



»Die eigene Erfahrung hat uns bewusst gemacht, wie trügerisch und fragil die Grenze zwischen Ärzten und Patienten ist.«

Dr. Angela Speth  
Medscape 04.01.2023

**Eine schwere Erkrankung trifft Ärzte in besonderer Weise: Mit einem Schlag werden sie aus ihrer gewohnten Rolle auf die Gegenseite katapultiert. Waren bisher sie die Helfer und die Patienten die Hilfsbedürftigen, so tragen nun sie das Flügelhemd und andere den weißen Kittel.**

Drei Ärzte schildern, wie ihre gewohnte Souveränität nach einer Krebsdiagnose zusammenbrach und ihre Perspektive sich nachhaltig veränderte.

Sie haben erlebt, dass ein hocheffizienter Medizinbetrieb wenig Raum für Gespräche lässt und behandelnde Kollegen aus Selbstschutz jegliche Empathie verweigern. »Da sitzt man nach Abschluss der Diagnostik im kahlen Vorzimmer und ahnt voller Angst, welch gravierendes Urteil im nächsten Augenblick auf einen zukommt«, schildern die Autoren eine existenzielle Situation.

Daher schlagen sie Fortbildungen vor, die eine zugewandte Haltung und Selbstreflexion vermitteln.

»Die Konfrontation mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung ist bis ins Mark verstörend«, schreiben die Psychiaterin Dr. Sandra Apondo (Uniklinik Heidelberg), der Intensivmediziner Prof. Dr. Thomas Bein (Uniklinik Regensburg) und der Pneumologe Prof. Dr. Bernd Schönhofer (Uniklinik Bielefeld).

Eine Kernbotschaft lautet: »Die eigene Erfahrung hat uns bewusst gemacht, wie trügerisch und fragil die Grenze zwischen Ärzten und Patienten ist.«



## Das deutsche Rednerpult. Eine Beobachtung aus Frauensicht

Da war es wieder, das Rednerpult, neulich auf einer Krebsstagung. Der Moderator, gute 1,88 Meter groß, eröffnet. Dann geht's in die Podiumsrunde, alle sitzen in bequemen Stühlen, Kommunikation auf Augenhöhe.

Nächster Akt: Fachvortrag einer jungen Wissenschaftlerin, ca. 1,64 Meter klein. Sie geht ans Rednerpult und schaut über das große Möbel wie ein kleines Kind über die Tischkante. Das Mikrofon ist auf Höhe ihres Haaransatzes, der Ton entsprechend schlecht zu verstehen.

Die Tagung beschließt dann der Vorsitzende der Fachgesellschaft – schätzungsweise 1,92 Meter groß. Das Mikro ist jetzt etliche Zentimeter unterhalb des Kinns. Die Worte fallen geschmeidig hinein, ein klarer, guter Klang geht ins Ohr der Zuhörerinnen und Zuhörer. Ich aber ärgere mich, weil auch mit solchen Möbeln die Leistungen von Frauen klein gemacht werden.

Ulla Ohlms



# FÜR FRAUEN. GEGEN KREBS.

Vorbeugen. Bekämpfen. Therapien erleichtern.

Mehr Informationen unter:

[https://www.msd-gesundheit.de/krebserkrankungen/  
fuer-frauen-gegen-krebs/](https://www.msd-gesundheit.de/krebserkrankungen/fuer-frauen-gegen-krebs/)

MSD Sharp & Dohme GmbH, Levelingstraße 4a, 81673 München. [www.msd.de](http://www.msd.de)





LillyPlus

## DAS **PLUS** AN INFORMATIONEN FÜR SIE.

Sie haben Fragen und wünschen sich zu diesen Themen mehr Informationen? Kompakt und verständlich erklärt?

Gerne können Sie sich weiter unten per QR-Code die Broschüren „Ernährung bei Brustkrebs“, „Bewegung bei Brustkrebs“ und „Sozialrecht und Brustkrebs“ herunterladen.

LillyPlus – Wir an Ihrer Seite.



PP-AL-DE-0522 August 2022

Lilly